Le Numéro : 15 CENTIMES — Numéro supplémentaire. — 15 Mai 1895. — 7 FRANCS par An

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Étranger . . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3 RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Médecin des hôpitaux.
E. BONNAIRE, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin des hôpitaux.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

LA LOI SUR L'ASSISTANCE MÉDICALE DANS LES CAMPAGNES, par le Dr Helme 177
SOCIÉTÉS SAVANTES :
Société obstétricale de France (3e session). . . . 177
Société française de dermatologie et de syphiligraphie 179
Société française de laryngologie, otologie et rhinologie (session annuelle). 182
Société française d'ophthalmologie (Congrès annuel) 184
XXIVe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE LXIX
Société médico-chirurgicale. LXX

NOUVELLES

Réformes hospitalières; organisation du service des consultations externes. — L'arrêté, réglementant à nouveau le service de santé dans les hôpitaux et hospices, pris par le Directeur de l'Administration de l'Assistance publique, à la date du 2 mars 1895 et approuvé par le préfet de la Seine le 13 avril suivant, prévoit, à l'art. 3, relatif au service des consultations externes, la nomination d'un certain nombre d'assistants de consultation, à qui sera confié le service de la consultation externe dans les établissements où ce service ne pourra être fait par les médecins et chirurgiens des hôpitaux, en raison du nombre insuffisant de ces praticiens.

Cet article prévoit également la nomination d'assistants de consultation suppléants, pour remplacer éventuellement pendant leurs absences les médecins et chirurgiens des hôpitaux chargés de la consultation ainsi que les assistants de consultation.

Les assistants de consultation, titulaires ou suppléants, recevront, de même que les médecins et chirurgiens des hôpitaux chargés de la consultation qu'ils seront appelés à faire, un jeton de présence de 5 francs dans les hôpitaux du centre et deux jetons dans les hôpitaux excentriques.

Les médecins et chirurgiens des hôpitaux chargés de la consultation et les assistants de consultation seront, en outre, chargés de désigner aux directeurs des établissements auxquels ils seront attachés ceux des malades qu'il y aura lieu d'hospitaliser.

Les assistants de consultation sont nommés pour deux ans, ils pourront être maintenus en fonctions, mais seulement pendant une troisième année, sur l'avis du Conseil de surveillance.

Les candidats aux places d'assistants de consultation doivent justifier, indépendamment du diplôme de docteur en médecine, de quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris. Ils sont nommés par le directeur de l'Administration sur la présentation d'une commission composée :

Pour les assistants de médecine :

a). Du représentant des médecins des hôpitaux au Conseil de surveillance, président;

b). Du président de la Société médicale des hôpitaux;

c). Du président de la Société des médecins des hôpitaux.

Pour les assistants de chirurgie :

a). Du représentant des chirurgiens des hôpitaux au Conseil de surveillance, président;

b). Du président de la Société des chirurgiens chefs de service des hôpitaux;

c). Du président de la Société des chirurgiens des hôpitaux.

MM. les docteurs en médecine, réunissant les conditions sus-énoncées, qui désireraient obtenir un poste d'assistant de consultation titulaire ou suppléant, sont invités à faire leurs demandes dans le plus bref délai possible, en l'appuyant des titres et des références qu'ils pourraient avoir à produire.

Ces demandes devront être adressées à M. le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique.

Le Dr Gastou, chef de clinique adjoint de la Faculté, commencera le jeudi 16 mai, à 8 heures 1/2, à l'amphithéâtre de la Faculté, à l'Hôpital Saint-Louis, des Conférences de Dermatologie et Syphiligraphie, et les continuera les lundis, jeudis et samedis, à la même heure.

SOCIÉTÉS SAVANTES

XXIVe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 17 au 20 avril 1895.

Le Congrès a été ouvert par un discours de **Bergmann** (de Berlin) sur les **progrès réalisés dans le domaine de la chirurgie du cerveau**. Dans une sorte de revue, Bergmann a montré que, grâce à nos connaissances sur les localisations cérébrales, on peut maintenant faire un diagnostic précis, aller avec sûreté à la recherche de la tumeur, guérir des malades voués, il y a une quinzaine d'années, à une mort certaine etc., etc. Sont venus ensuite les otites et les abcès intra-cérébraux, sur lesquels on a tout récemment discuté, chez nous, à la Société de chirurgie, le thrombus du sinus et la façon de la traiter, la nécessité de lier dans ces cas la veine jugulaire interne quand même le thrombus suppuré semble fermé de toutes parts; la ponction de Quincke condamnée il y a quinze jours, en tant que procédé thérapeutique, à la Société de médecine interne de Berlin. Et c'est tout. A ajouter pourtant que, d'après Bergmann, il faut être très sobre de trépanation dans l'épilepsie corticale d'origine traumatique, car, sans parler de guérison, les améliorations passagères que l'on obtient tiendraient à l'action inhibitrice de l'opération, laquelle action surviendrait, après n'importe quelle autre opération, après une amputation de membre, comme Bergmann en a observé deux cas.

Nous avons ensuite les communications, parmi lesquelles nous citerons en premier lieu, comme curiosité clinique, le cas d'**hématome intra-crânien avec paralysie collatérale** rapporté par **Ledderhose** (de Strasbourg). Il s'agit d'un homme de vingt-huit ans qui, après avoir reçu un coup sur la tête, perd connaissance mais revient assez vite à lui et peut retourner à la maison. Les jours suivants, se développent peu à peu des phénomènes de compression cérébrale, puis au douzième jour apparaît un état comateux avec paralysie du côté droit du corps. Comme il n'existait aucun signe de fracture du crâne, on fait le diagnostic d'hémorrhagie intra-crânienne par déchirure de la méningée moyenne gauche et on fait la trépanation pour aller à la recherche du vaisseau. A l'ouverture du crâne, on ne trouve aucun foyer hémorrhagique, et l'opéré succombe le lendemain.

L'autopsie montra l'absence de toute fracture du crâne, de toute déchirure des artères méningées moyennes, à gauche; par contre, du côté droit correspondant à la paralysie, on trouva sous la dure-mère un vaste hématome recouvrant la partie moyenne et postérieure de l'hémisphère correspondant.

En rapportant cette observation, Ledderhose insiste sur les difficultés diagnostiques que présentent les faits de ce genre. Il n'existe, dans la littérature, qu'une dizaine de cas analogues qu'on ne pourrait expliquer que par les recherches de Pierret, qui a montré qu'il existe assez souvent des anomalies, des différences individuelles considérables dans le mode d'entrecroisement des fibres des hémisphères cérébraux, cet entrecroisement pouvant même faire entièrement défaut, ce qui expliquerait la possibilité d'une paralysie collatérale.

Le diagnostic de ces cas est donc fort difficile, et le seul signe qui permette encore de le faire est un gonflement œdémateux de la papille du côté paralysé, permettant de soupçonner l'anomalie en question. Quoi qu'il en soit, lorsque dans les cas de ce genre la trépanation ne conduit pas sur le siège présumé de l'épanchement, d'après Ledderhose, on est autorisé à pratiquer une nouvelle brèche osseuse du côté correspondant à la paralysie.

Comme autre curiosité clinique on peut citer le cas de **sarcome du cerveau et du crâne**, opéré il y a trois ans par **Bramann** (Halle) et chez lequel, jusqu'à présent, il ne s'est pas produit de récidive, si bien que le malade a pu reprendre ses occupations, et jouit depuis l'opération d'une santé excellente. Faut-il citer encore les deux cas de **résection intra-crânienne du trijumeau pour névralgies** faite avec succès par **Krause** (d'Altona)? Les faits de ce genre et les procédés opératoires (voie temporale) sont connus. Disons pourtant que dans les deux cas, il n'est pas survenu de troubles trophiques du côté de la cornée malgré l'existence, chez les deux, d'une hémi-anesthésie du côté de la moitié correspondante de la face.

Et pour terminer avec la chirurgie du cerveau, il nous reste à résumer en deux mots une discussion sur le **traitement des pertes de substance du crâne**. **Eiselsberg** (d'Utrecht) qui a échoué plusieurs fois avec l'hétéroplastie à l'aide des plaques de celluloïd, lui préfère l'hétéroplastie au moyen des lambeaux ostéo-périostiques, quand la perte de substance du crâne n'est pas très grande. C'est aussi le procédé que recommande **Czerny** (de Heidelberg) qui prend son lambeau sur le tibia, et en prend plusieurs quand la perte de substance du crâne est tant soit peu grande. **Frankel** (de Vienne), s'est déclaré par contre partisan de l'hétéroplastie qui réussit toujours, quand on peut réaliser l'asepsie parfaite de la plaie et le contact intime de la plaque implantée avec les tissus environnants. De plus, l'hétéroplastie à l'aide de plaques de celluloïd présenterait encore cet avantage que la plaque ne contracte pas d'adhérences avec la dure-mère sous-jacente et peut être enlevée, à la moindre occasion, quand, après une résection pour épilepsie ou tumeur, il survient des phénomènes indiquant la récidive ou nécessitant une inspection de la plaie.

La chirurgie du rachis ou de la moelle épinière a été représentée au Congrès par une seule et unique communication de **Kummel** sur un cas de **sarcome du canal rachidien**, et encore cette communication n'est que la simple relation d'un fait, une simple observation.

La chirurgie abdominale a donné lieu à des com-

SOCIÉTÉ INDUSTRIELLE DES TÉLÉPHONES
25, rue du Quatre-Septembre, Paris.
Installations Téléphoniques | Caoutchouc et Gutta-percha
Câbles et fils isolés | pour usages médicaux
Pneumatiques de Vélocipèdes | Vêtements imperméables

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.

CHARBON NAPHTOLÉ FRAUDIN *granulé.*

VICHY-CÉLESTINS
Dyspepsies : Vin de Chassaing.
Aliment des enfants : Phosphatine Falières.
Constipation : Poudre laxative de Vichy.

HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*

Antiépidémique — Antiseptique — Désinfectant
PHÉNOL-BOBŒUF
Société du Phénol-Bobœuf, *22, Boul. Poissonnière, Paris.*

PURGATION POUR RÉGIME
CARABAÑA
Guérit Congestion, Constipation.

KOLA CHAPOTOT GRANULÉE

munications nombreuses, mais à la vérité fort peu originales.

Petersen (de Kiel) a rapporté comme exemple de ce que peut fournir la **dilatation dans le traitement du rétrécissement cicatriciel de l'œsophage**, l'exemple d'un jeune homme, arrivé à la clinique dans un état d'amaigrissement extrême, — il ne pesait que 35 kilogrammes — avec deux rétrécissements infranchissables, l'un au niveau du cardia, l'autre au niveau de la bifurcation de la trachée. On pratiqua tout d'abord la gastrostomie, puis lorsque le malade fut suffisamment remonté, on parvint à franchir avec une sonde filforme le rétrécissement supérieur. Pour l'inférieur le même résultat ne fut obtenu que lorsque le malade parvint un jour à avaler une ficelle nouée à un de ses bouts. Le nœud amené dans la fistule fut fixé à une olive minuscule et celle-ci tirée en haut. On continua de même et, au bout de quelque temps, le malade pouvait déglutir les sondes œsophagiennes les plus volumineuses. En somme cathétérisme rétrograde avec substitution ingénieuse d'une ficelle à la sonde.

La discussion sur la **chirurgie de l'estomac**, pyloroctomie et la gastro-entérostomie pour cancer et rétrécissement, a été d'un intérêt tout à fait médiocre. Et cela n'a rien d'étonnant, quand on songe que c'est une question sur laquelle on a discuté et écrit sans discontinuer pendant près de deux ans. Si bien que tous ceux qui ont pris part à la discussion se sont contentés de préconiser leurs procédés personnels, à l'exclusion de tous les autres, et à donner leurs statistiques personnelles.

Nous dirons donc que **Eiselsberg** (d'Utrecht) à relaté 25 gastro-entérostomies dont 13 par le procédé de Hacker et 8 par celui de Wölfler, avec 3 morts pour chaque série; que peu satisfait des résultats que fournit la gastro-entérostomie au point de vue de la disparition de la douleur, il a recours actuellement à un autre procédé qui consiste à sectionner le duodénum au delà des limites du carcinome, à invaginer et à suturer les deux bouts et à pratiquer ensuite la gastro-entérostomie d'après le procédé de Hacker. **Doyen** (de Reims) a fait jusqu'aujourd'hui 48 opérations sur l'estomac avec une mortalité totale de 30 pour 100, et une mortalité de 11,5 pour 100 pour les gastro-entérostomies; enfin sur 18 malades, opérés d'après son procédé personnel, aucun n'a succombé. **Kocher** (de Berne) n'a eu que 2 morts sur 14 gastro-entérostomies, suivant son procédé d'incision transversale de l'anse jéjunale. **Wölfler** (de Prague) a naturellement préconisé son procédé qui permettrait d'éviter la compression du côlon transverse en pratiquant l'abouchement à 15 centimètres du duodénum, et le reflux dans l'estomac du contenu intestinal, en disposant l'anse verticalement à la paroi stomacale et en la fixant dans cette position par une suture ; l'abouchement est ensuite pratiqué à la partie inférieure de la portion descendante de l'anse ainsi fixée. **Hahn** (de Berlin) a pratiqué 40 opérations sur l'estomac dont 27 gastro-entérostomies, 7 résections de pylore et 3 interventions pour adhérences, avec 5 morts dont 4 à la suite de la gastro-entérostomie et 1 après résection. **Kronlein** a perdu 3 malades sur 12 résections du pylore cancéreux, **König** (de Gottingue) qui a pratiqué une trentaine de gastro-entérostomies par le procédé de Wölfler n'a jamais observé de reflux du contenu intestinal dans l'estomac. Un de ses opérés a succombé à des phénomènes d'obstruction intestinale, dus peut-être à la compression du colon.

Après la chirurgie de l'estomac, le **traitement des appendicites et plus spécialement des appendicites à répétition**. Inutile de dire qu'entre chirurgiens, on a été d'accord pour préconiser l'intervention sanglante ne fut-ce qu'en vertu du fait relevé par **Czerny**, à savoir que, la mortalité étant sensiblement la même — 8 à 9 pour 100 — avec le traitement médical et le traitement chirurgical, ce dernier a l'avantage d'amener une guérison radicale, ce qui ne serait nullement le cas du traitement médical. Et ce fait étant considéré comme bien établi, chacun s'est contenté de rapporter, comme pour la chirurgie de l'estomac, ses statistiques personnelles, en insistant, de ci de là, sur quelques particularités.

Ainsi **Schuchardt** qui est intervenu une trentaine de fois, le plus souvent dans l'appendicite aiguë, a obtenu la guérison radicale avec la simple évacuation du foyer, sans toucher à l'appendice quand il ne se trouvait pas sous la main. **Kummel** (de Hambourg) n'a perdu qu'un malade sur 43 interventions pour appendicite chronique; l'appendice n'était perforé que dans un tiers des cas. **Rosenbach** qui est intervenu 6 fois, a trouvé une fois une tuberculose du cæcum et de l'appendice, qui furent réséqués. **Kuster** et **Kronlein** ont noté la formation de fistules et quelquefois la formation de hernies à travers les cicatrices après les interventions sur l'appendice. **Lobker** (de Breslau) est intervenu 6 fois pour appendicite chronique; dans un cas, il s'agissait d'un carcinome du cæcum.

Et pour finir avec la chirurgie du tube digestif, voici en quelques lignes la communication de **Schede** (de Hambourg) sur le **traitement des rétrécissements cicatriciels du rectum**. Schede est intervenu par la résection 15 fois dans des cas de ce genre, dont 14 étaient manifestement de nature syphilitique. Tous les opérés ont guéri, sauf un qui succomba un mois plus tard aux ulcérations de l'intestin siégeant au-dessus de la partie réséquée. Dans tous ces cas le résultat fonctionnel a été excellent.

L'opération est dans ces cas fort dificile et les difficultés tiennent à la friabilité des tissus, à l'absence du mésorectum, à la difficulté d'abaisser le rectum et de placer les sutures, si bien que, d'après Schede, chez les malades très affaiblis, il vaut mieux commencer par une colotomie quitte à faire plus tard la résection.

Les communications sur la **chirurgie des voies urinaires** n'ont pas été non plus très intéressantes.

Kuster a rapporté ses expériences sur le **mécanisme des ruptures sous-cutanées du rein.** Il a tout d'abord trouvé que si on laisse tomber sur le sol un rein pourvu de sa capsule et injecté par l'uretère de façon à présenter un degré de tension moyenne, il se rompt en un ou plusieurs endroits, avec déchirures s'étendant à toute l'épaisseur du parenchyme et se dirigeant vers le hile si c'est le bord convexe de l'organe qui a reçu le choc.

D'un autre côté, il a constaté que si sur le cadavre, on enlève d'un côté les viscères qui se trouvent au devant du rein, un coup porté sur la paroi provoque une déchirure du côté du rein dénudé et laisse intact le rein protégé par les viscères. Kuster en conclut que chez l'homme un coup ou un choc seuls sont incapables de déterminer une rupture du rein et qu'il faut compter, sous ce rapport, avec la contraction musculaire qui se produit au moment du choc et amène probablement l'adduction forcée des côtes qui tendent ainsi à déplacer le rein ou à le rompre.

Wölfler (de Prague) a pris texte d'une observation d'**abouchement anormal des uretères** pour donner un aperçu des modalités cliniques de cette anomalie.

L'année dernière il a été appelé à donner des soins à une fillette de douze ans; affectée d'une incontinence d'urine. A l'examen, il constata, dans le vestibule du vagin, derrière l'urèthre, d'ailleurs normal, un petit orifice conduisant dans une cavité située au-dessous et en arrière de la vessie normale, mais ne communiquant pas avec cette dernière. Cette poche accessoire offrait du reste l'aspect d'une vessie, mais était dépourvue de sphincter, ce qui explique l'écoulement involontaire de l'urine. Comme il ne pouvait être question dans ce cas de reporter plus haut dans la vessie l'orifice, qui était celui de l'uretère, anormal, on établit une communication entre entre la vessie et la cavité anormale, et on oblitéra le canal d'écoulement de cette dernière. L'opération mit fin à l'incontinence d'urine.

Dans ce cas on se trouvait en présence, non pas d'une vessie double, mais d'une dilatation kystique de l'extrémité d'un uretère qui tout d'abord se terminait en cul-de-sac dans les parois du vagin. Par rupture de ses parois, cette poche s'est mise ensuite en communication avec l'extérieur. Parfois cette communication ne se produit pas et l'on constate alors la présence dans le vagin d'un kyste que l'on est tenté d'inciser ou d'extirper. L'opération n'a, du reste, ordinairement aucune conséquence fâcheuse, grâce à l'état d'atrophie du rein correspondant. D'autres fois, c'est dans l'utérus ou encore dans la vessie que se termine en cul-de-sac l'un des uretères. Dans ce dernier cas, la poche kystique normale peut faire saillie dans la vessie, remplir plus ou moins cette dernière et comprimer l'autre uretère. Enfin, l'abouchement anormal peut s'opérer dans l'urèthre lui-même. Chez l'homme, c'est toujours dans la portion prostatique de l'urèthre que vient alors s'ouvrir l'uretère; en outre, il s'agit constamment dans ces cas d'un uretère supplémentaire; de plus, il n'y a pas d'incontinence d'urine, celle-ci se déversant de la région prostatique dans la vessie. Chez la femme, par contre, l'abouchement anormal dans l'urèthre détermine parfois un écoulement involontaire de l'urine.

La **pathogénie** et l'**étiologie du cancer** font depuis quelque temps partie intégrante du menu de tous les congrès. On en a donc parlé, mais comme on se trouve, sous ce rapport, en plein inconnu, on a eu le bon sens d'être bref. Donc, **Tillemans** (de Leipzig) a commencé par déclarer que bien qu'on n'ait pas de preuves indiscutables de la nature parasitaire du cancer dont le microbe reste à trouver, les faits cliniques sont amplement en faveur de cette hypothèse. Les métastases qui sont des auto-inoculations, les récidives dans le champ opératoire qui sont des ensemencements par la main du chirurgien, les cancers de l'œsophage et de l'estomac succédant à un cancer de la langue, à même type histologique, les modes de propagation du cancer, sa fréquence croissante, etc., etc., sont autant de faits qui nous familiarisent avec l'idée de l'origine microbienne du cancer. Mais... le microbe n'est pas encore trouvé, les inoculations à des animaux ne réussissent pas toujours et la valeur de la coccidie reste toujours douteuse.

La communication de Tillemans était donc une mise au point de l'état actuel de nos connaissances. **Esmarch** (de Kiel) a introduit une nouvelle donnée en soulevant la question du **sarcome d'origine syphilitique**. Esmarch a notamment été frappé de ce fait que plusieurs fois dans des cas de récidive inopérable, après intervention unique ou répétée pour cancer, les malades ont parfaitement guéri par le traitement antisyphilitique. Il en a conclu que les syphilomes pouvaient se présenter avec les caractères des néoplasmes malins, et l'expérience lui a montré que ces malades guérissaient par l'iodure de potassium.

Est-on en mesure de faire ce diagnostic différenciel, si important en l'espèce? Esmarch pense que le diagnostic de syphilis est possible, si l'on prend en considération les antécédents spécifiques avérés, acquis ou héréditaires, du malade, le siège de la tumeur dans les muscles striés, dans la paroi abdominale, au niveau du crâne, du tibia, parties qui sont le siège de prédilection des manifestations syphilitiques. D'après Esmarch on devra toujours essayer alors le traitement ioduré ou arsenical qui, en cas d'échec, fera reconnaître la véritable nature du néoplasme. Pendant l'opération, les caractères objectifs de la tumeur ne peuvent guère être utilisés; mais, par contre, l'examen microscopique permettra de faire le diagnostic de syphilis chaque fois que l'on trouve la tumeur formée d'un tissu de granulation avec des foyers de dégénérescence graisseuse et une prolifération des parois des vaisseaux.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

8 avril 1895.

M. Philbert. Le procès-verbal de la séance du 25 mars 1895 est lu, mis aux voix et adopté.

Des albumines phosphorées de la légumine, dans les maladies de la nutrition. (Dyspepsie, Diabète, Obésité etc.) — **Bovet** (de Pougues). Depuis les récents travaux de physiologie, montrant de quel secours pourrait être l'emploi du phosphore organique dans les phénomènes de nutrition générale, on s'est ingénié à rechercher ce composé phosphoré partout où l'on pouvait le rencontrer dans la nature.

Sans s'attarder à en définir la combinaison chimique, on a reconnu que si les liquides organiques animaux agissent par le phosphore qu'ils contiennent, les sucs des graines végétales en renferment également des proportions considérables.

Toutefois, tandis que pour les premiers la méthode hypodermique seule est le mode d'absorption employé, pour les secondes, la voie stomacale semble préférable, en raison de l'état particulier dans lequel ce phosphore organique se trouve combiné à la substance végétale. Ce qui est bien certain, c'est que, en cherchant à l'extraire des cellules qui le renferment ou à le séparer des matières qui l'accompagnent, on change complètement sa nature et ses propriétés nutritives.

Examinant l'action de l'azote et du phosphore sur les tissus de l'organisme des animaux, Boussingault dit : « Il existe une relation entre la proportion de l'azote et celle de l'acide phosphorique contenu dans les substances alimentaires, ce qui semble indiquer que dans les produits de l'organisation végétale les phosphates appartiennent particulièrement aux principes azotés et qu'ils les suivent jusque dans l'organisme des animaux. »

En démontrant ainsi que l'azote est un des corps qui constitue tous les tissus de l'organisme des animaux, Boussingault arrive à cette conclusion intéressante, que, c'est en évaluant la teneur en azote et en phosphore des aliments et la quantité d'azote et de phosphore éliminée, qu'on établit la statistique de la nutrition.

Depuis lors il a été démontré que les phosphates sont combinés avec quelques-uns des principes immédiats de la graisse, mais ces phosphates ne présentent pas les réactions qu'ils possèdent lorsqu'ils ne sont plus en présence des matières organiques. Dans les diverses parties d'un végétal, il y a donc une corrélation très grande entre sa teneur en azote et sa teneur en phosphore, au point que l'on a pu dire que dans les graines, l'azote et le phosphore augmentent parallèlement.

L'examen auquel nous nous sommes livrés sur la composition phospho-azotée des graines des légumineuses nous fait connaître que dans ces végétaux, la variété appartenait au groupe des Légumines, et que la nature du phosphore qui s'y trouvait était bien en combinaison avec des albumines dites caséines végétales dont la Légumine est le type le plus complet.

Si on soumet cette Légumine à l'analyse on trouve que, pour 1,000 parties, l'albumine s'y rencontre dans la proportion de 640 pour 1000, soit 64 pour 100, et le phosphore de 6,33 pour 1000, soit 0,633 pour 100.

Les matières minérales qui s'y trouvent en combinaison sont : la chaux, la potasse unies au chlore et à l'acide sulfurique. L'analyse y décèle, en outre de la soude, des traces de fer.

Au point de vue thérapeutique, deux faits sont à retenir sur la Légumine contenue dans certains végétaux :

1° Elle fournit en grande quantité des matériaux utiles à la nutrition; l'*albumine* et le *phosphore organique*.

2° Elle offre le premier de ces composés dans des conditions de combinaisons telles que, se peptonisant facilement, son absorption par les voies digestives se fait normalement sans fatigue pour l'organisme qui s'en imprègne tout entier. Le rôle que jouent les sels minéraux, bien que moindre, n'est pas indifférent puisque la chaux fait partie intégrante des tissus animaux, et que la potasse, par son action stimulante, agit comme excitant de la nutrition générale, portant surtout ses effets sur le système nerveux et le sang où on la retrouve en notable quantité.

Si nous passons aux faits physiologiques, nous voyons qu'il existe un rapport entre l'analyse chimique de cette Légumine et son absorption dans l'organisme.

Très diffusible en raison de l'acide phosphorique qui en fait sa caractéristique, il était à prévoir que, introduit dans la voie digestive, sa décomposition en présence du suc gastrique serait immédiate et son assimilation complète. Les expériences faites sur les chiens, après des repas d'épreuve, nous démontrent péremptoirement que : donnée seule, dépourvue des hydrocarbures (amidon, dextrine) et de la graisse qui l'accompagnent, la Légumine pure produit une réduction évaluée environ à 10 pour 100 du poids d'animal, mais elle augmente le taux de la fonction gastrique évaluée en HCL.

Première expérience faite au laboratoire de thérapeutique du professeur Hayem (16 mars 1893). — Chien pesant 13 k. 500, soumis au régime exclusif de la Légumine à raison de 130 grammes par jour délayée dans 400 grammes d'eau donnée en deux fois le matin et le soir en guise de soupe et sans sel.

Le 28 mars, soit treize jours après, le chien ne

pèse plus que 12 k. 300 ayant perdu 1.200 grammes; un peu moins de 10 pour 100.

L'examen du suc gastrique fait avant l'expérience, suivant la méthode Hayem et Winter, a donné comme composition les chiffres suivants :

A ou acidité	= 187	H + C	= 149
T ou chlore total	= 262	α rapport $\frac{A-H}{C}$	= 1,2
F ou chlore fixe	= 131		
H ou acide chlorhydrique	= 0	$\frac{T}{F}$	= 2
C	= 149		

Après l'expérience, le chimisme s'est modifié au point d'élever notablement les valeurs principales et notamment l'acide chlorhydrique et le chlore combiné. Il est devenu alors :

A	= 160	H + C	= 187
T	= 282	α	= 84
F	= 119	$\frac{T}{F}$	= 2,3
C	= 172		
H	= 15		

La déduction à tirer du régime exclusif de ces composés phospho-azotés de légumine est que, donné seul, il est un excitant de la fonction gastrique. C'est du reste ce que nous a démontré[1] son usage chez l'homme. En effet, se reportant aux chiffres des deux analyses ci-dessus, on reconnaît que les valeurs les plus importantes, acide chlorhydrique (H), chlore (C) sont augmentés, ce qui indique bien que le pouvoir digestif s'est accru.

Restait à savoir s'il en était de l'homme comme du chien et si cette médication phospho-azotée de la Légumine fournirait chez les dyspeptiques la sécrétion gastrique des mêmes éléments. L'observation clinique qui suit répondra à cette objection.

M. S..., quarante-deux ans, neurasthénique, accuse les troubles ordinaires de la gastrite chronique avec ralentissement de la motricité stomacale. L'estomac est un peu dilaté ; mais le phénomène le plus saillant est la perte des forces avec amaigrissement progressif depuis quatre mois, évalué au poids de 20 kilogrammes.

Le suc gastrique analysé le 10 mai, donne :

		Normal			Normal
A	= 198	190	C	= 178	170
T	= 313	321	H + C	= 178	241
F	= 135	107	$\frac{A-H}{C}$	= 111	0,86
H	= 0	44	$\frac{T}{F}$	= 2,31	3

On voit qu'il s'agit là d'un hypopeptique avec sécrétion chlorhydrique nulle et formation d'acides anormaux, surtout de l'acide acétique.

Le 10 mai, on ajoute à la ration alimentaire du malade, sans changer son régime, 80 grammes de légumine dont nous connaissons la teneur (acide phosphorique 0,63 pour 100).

Le traitement est poursuivi deux mois ; après, le malade est pesé et le suc gastrique analysé.

Le poids du corps ne s'est pas sensiblement modifié ; il y avait eu cependant une diminution de 1 kilogramme.

Comme dans le cas précédent, le chien avait perdu 100 grammes par jour, il y a eu chez ce malade une réduction du poids du corps qui est due sans doute aux alcalins, potasse surtout, que contiennent les graines des végétaux en assez grande proportion.

Quant au suc gastrique, il s'est amélioré au point que l'acide chlorhydrique qui n'existait pas réellement, avait reparu dans les proportions de 0,40, ce qui est bien voisin de la normale 0,44.

Voici, du reste, l'analyse comparée à la précédente.

		État précédent			État précédent
A	= 198	198	C	= 164	178
T	= 350	313	H + C	= 204	178
F	= 146	135	$\frac{A-H}{C}$	=	111
H	= 40	0	$\frac{T}{F}$	=	2,31

De plus, les signes cliniques suivaient la même progression ; la digestion, de lente et pénible qu'elle était, n'incommodait plus le malade ; la névrosthénie était notablement atténuée, le malade dormait huit heures sans se réveiller, ce qui ne lui était pas arrivé depuis longtemps.

En somme, la guérison s'affirmait de jour en jour et depuis lors, aucune rechute ne s'est manifestée très sensiblement.

A quoi donc attribuer les transformations qui surviennent sous l'absorption dans l'estomac de ces albumines phosphorées, genre légumine ? A deux causes d'ordre différent ; la première à la nature même de l'albuminoïde végétal qui, se dissolvant facilement en présence des ferments qu'elle entraîne toujours avec elle, subit une peptonisation préalable que le suc de l'estomac aussi peu acide soit-il, achève et complète. La deuxième cause se rapporte au composé que, faute de mieux, on a appelé *phosphore organique*, en raison des matières albuminoïdes qui se trouvent combinées dans les graines mêmes avec le composé phosphoré, vraisemblablement l'acide phosphorique.

Il n'est donc pas douteux, et M. Winter[1], dans son remarquable travail sur les peptones de l'estomac le signale, que le phosphore organique est le pivot autour duquel gravitent les phénomènes cliniques de la digestion et que c'est à son actif que reviennent les phénomènes fonctionnels, portant surtout sur l'augmentation de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique.

Comment s'opère ce dédoublement ?

Le phosphore agit-il sur le produit de sécrétion ou sur la glande elle-même ?

Nous ne saurions le préciser. Quoi qu'il en soit, nous pouvons dire et nos expériences le prouvent surabondamment : dans les cas d'insuffisance chlorhydrique ou de composé chloro-organique, autrement dit dans toutes les gastropathies à fonction gastrique nulle et où HCL équivaut à zéro, la médication de choix portera sur le régime dans lequel on fera entrer peu ou beaucoup de ces végétaux à phosphore organique. Nous avons nommé la légumineuse appelée viande végétale par Dumas et Cahours comme pouvant le mieux satisfaire à l'indication thérapeutique ; nous n'y reviendrons que pour citer ce qu'après de nombreux succès en disait M. Dujardin-Beaumetz dans une clinique faite à l'hôpital Cochin[2].

« Le régime végétarien s'est accru d'une préparation fort utile qui doit remplacer le pain dans les maladies de la nutrition ; je veux parler des Biscottes de légumine. J'ai souvent abordé cette question des ressources alimentaires qu'on peut tirer des graines des légumineuses. Isolé sous les noms de fromentine de légumineuse, il avait été jusqu'alors difficile d'en tirer un produit véritablement alimentaire.

C'est Bovet de Pougues qui a résolu le problème, et les Biscottes de Légumine qu'on trouve dans le commerce sous le nom du docteur Vœbt constituent un aliment fort acceptable et apprécié. »

Pour préciser, nous dirons que les expériences précédentes et d'autres recueillies par nous, font nettement ressortir les indications de cette albumine phosphorée.

Par la transformation qu'elle opère en se combinant aux féculents, par ses propriétés glycolytiques, la légumine trouve sa place dans le traitement de l'obésité et du diabète. Par son pouvoir d'aider à la formation de l'acide chlorhydrique dans l'estomac, elle jouit de propriétés stimulantes que réclame toute gastrite à caractère hypo ou apeptique. Quelques essais faits en vue d'agir sur la nutrition générale, dans les convalescences, suite de fièvres graves, dans les troubles hépatiques, dus à la rétention biliaire dans l'albuminurie, ont montré qu'on pouvait considérer l'alimentation phospho-azotée de la légumineuse, comme bien supérieure au régime lacté exclusif auquel on peut du reste l'associer en toute proportion. C'est pour la même raison que son emploi se trouve désigné dans l'alimentation des jeunes enfants.

M. Tripet confirme les résultats obtenus par M. Bovet. Plusieurs de ses malades se sont trouvés très bien de l'emploi des biscottes de légumine. M. Philbert a eu l'occasion pendant la saison dernière à Brides de prescrire les biscottes Wœbt à des malades qui faisaient la cure de réduction et a obtenu d'excellents résultats. Depuis le mois d'octobre, un usage personnel presque exclusif de la même préparation lui a aussi parfaitement réussi. Ces biscottes sont supérieures au pain de gluten, au pain grillé, au pain sans mie, seuls employés autrefois dans le traitement du diabète et de l'obésité. Elles sont d'une digestibilité parfaite et n'occasionnent ni fatigue de l'estomac, ni répugnance. Grâce à leur emploi, M. Philbert a pu diminuer notablement la ration de viande et augmenter celle des légumes : il pense que ces préparations seraient très utiles dans le régime végétarien si efficace dans certaines formes d'albuminerie. Il a pu remarquer que le jour où il ne prenait pas de biscottes, la sensation de la faim était plus vive. En les associant à une hygiène et à un régime appropriés, il a obtenu en six mois, une diminution de son propre poids de 25 livres.

M Tripet demande si quelqu'un pourrait le renseigner sur la nature du pain dit pain de Kneipp ?

M. Bovet. Le pain Kneipp est le pain naturel fabriqué à Paris, c'est-à-dire le pain fabriqué avec une farine dans laquelle on a laissé les déchets et enveloppes des grains. Ce pain est laxatif, en raison de la présence de la matière huileuse des grains, qu'il contient.

M. Hureau de Villeneuve, bien que végétarien depuis seize ans, s'est toujours refusé à user de ce pain dit naturel et lui préfère le bon pain.

M. Faucher rappelle que les enveloppes des graines contiennent aussi des phosphates auxquels on a attribué certaines qualités de ce pain naturel.

1. *Bulletin général de thérapeutique*, 15 mai 1894.
2. *Bulletin général de thérapeutique*, 15 mai 1894.

Un cas d'arrêt d'accroissement de 17 centimètres de l'humérus et du fémur gauches consécutif à des ostéites juxta-épiphysaires survenues à l'âge de deux mois environ (Présentation des photographies). — **M. Forestier** (d'Aix-les-Bains). M^lle Jeanne-Marie B..., quarante-trois ans.

Rien à signaler du côté de l'hérédité.

Frères et sœurs bien constitués.

Cette personne entre à l'hôpital d'Aix-les-Bains pour une affection intercurrente. Elle sait, d'après le récit de ses parents, qu'un mois ou deux après sa naissance, son épaule et son genou gauches se tuméfièrent, que des abcès se firent jour, donnant issue à quelques parcelles osseuses, que l'affection guérit spontanément au bout de trois mois.

Depuis lors, le bras et la cuisse gauches ne se développèrent plus que très incomplètement.

La santé du sujet a d'ailleurs été satisfaisante.

L'état actuel de M^lle Jeanne-Marie B... est le suivant : Taille petite : 1 m. 50. Abstraction faite des membres infirmes, la complexion et la constitution du sujet sont bonnes. La tête est bien conformée, la physionomie intelligente. Le tronc, les membres du côté droit sont bien développés. Il y a un notable degré d'adipose généralisée. Rien à signaler du côté des organes et fonctions.

L'aspect du bras et de la cuisse gauches est, comme le montrent les photographies, très curieux. Le bras n'est guère qu'un moignon contrastant avec une épaule, un avant-bras et une main développés normalement.

Même contraste à la cuisse.

La mensuration accuse une différence en moins de 17 centimètres en longueur, tant à l'humérus qu'au fémur gauches, par rapport aux membres du côté droit.

Humérus	droit	des rebords de l'acromion	32 cent.
	gauche	à la jointe de l'olécrane	15 cent.
Fémur.	droit	en décubitus dorsale de l'épine iliaque artéro-super	40 cent.
	gauche	à l'interligne du genou	23 cent.

L'épaule en avant présente un pli vertical, profond, par le fait de l'adipose, se continuant en bas avec le pli de l'aisselle, au fond duquel on voit une cicatrice déprimée. Le palper fait reconnaître que cette cicatrice est adhérente à l'extrémité supérieure de l'humérus par un cordon fibreux.

La tête de l'humérus est abaissée ; il y a un espace libre de deux travers de doigt sous l'acromion. Les mouvements de l'épaule sont faciles, sans craquements. Les muscles sont bien développés.

L'omoplate gauche mesure du rebord de l'épine à la pointe, 17 centimètres, au lieu de 19 qu'il y a du côté sain.

Le genou gauche présente deux cicatrices diamétralement opposées, aux côtés externe et interne de l'extrémité inférieure du fémur. Au palper, on reconnaît que les cicatrices sont adhérentes profondément à l'os. Les mouvements du genou sont très réduits. Pas de craquements. La jambe est en valgus léger.

L'attitude du sujet dans la station debout et la marche est caractérisée par une scoliose considérable. Elle boite. La scoliose se réduit si l'on place un billot sous le pied gauche.

Cette observation est intéressante en raison de la production de l'ostéite juxta-épiphysaire à l'âge de un ou deux mois, et de l'énorme arrêt d'accroissement, 17 centimètres, du fémur et de l'humérus, qui en a été la conséquence.

Il y a peu d'exemples d'arrêt d'accroissement aussi considérable. J'ai publié un cas dans le *Lyon médical* (1885) d'ostéite juxta-épiphysaire de l'humérus survenue à l'âge de deux ans, où l'arrêt d'accroissement atteignait chez le sujet adulte 12 centimètres. Les photographies en ont été reproduites dans le *Traité de chirurgie*.

Le cas présent montre que l'ostéite juxta-épiphysaire, maladie de nature infectieuse, peut se développer dès les premiers temps de la poussée des épiphyses. En outre il confirme bien les lois de l'accroissement des os longs reconnues par Ollier : à savoir que l'humérus s'accroît en longueur par son épiphyse supérieure et le fémur par son épiphyse inférieure.

Au surplus, il est à peine besoin de discuter s'il s'agit bien ici d'une ostéite juxta-épiphysaire, ou d'une autre affection, telle que monstruosité congénitale ou suites de paralysie infantile.

Les cicatrices adhérentes à l'os que présentent l'extrémité supérieure du bras et l'extrémité inférieure du fémur, sont, en quelque sorte, une signature sur laquelle on ne peut se méprendre.

On peut en outre écarter l'hypothèse d'une paralysie infantile (polyomyélite antérieure-aiguë) pour ce fait qu'il n'y a pas d'atrophie musculaire.

Le fait que l'omoplate gauche n'est pas aussi développée que la droite ne peut être non plus invoqué ni en faveur d'une monstruosité congénitale, ni en faveur d'une paralysie infantile, car le défaut de fonctionnement du membre l'explique suffisamment.

BRONCHITES — TUBERCULOSES — VOIES RESPIRATOIRES

CREOSAL DUBOIS

Envoi franco brochure et échantillons | PARIS, 56, Quai Jemmapes

BRONCHITES — TUBERCULOSES — VOIES RESPIRATOIRES

PHOSPHATE DE CREOSOTE DUBOIS

Poudre titrée au 1/15e | PARIS, 56, Quai Jemmapes

TUBERCULOSES

AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.

LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et **Antiseptique,** elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et **Reconstituante,** elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, **22, rue Jules-César, Paris** ET PHARMACIES.

HAMAMELIS du Doct. LUDLAM

Hémostatique, régulateur du système veineux. GOUTTES CONCENTRÉES, 12 à 14 gouttes par jour.

PARIS, Pharmacie CABANÈS, 34, boulev. Haussmann. — *Envoi d'échantillons sur demande*

Glycérophosphates

PHOSPHATE VITAL de Jacquemaire

Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER

Indiqué dans : *MALADIES des ENFANTS, PHTISIE, Maladies NERVEUSES, CONSOMPTION, CACHEXIE, ALBUMINURIE, CONVALESCENCES,* etc.

1° SOLUTION GAZEUSE ; 2° GRANULÉ ; 3° SOLUTION INJECTABLE ; 4° SIROP

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à **VILLEFRANCHE** (Rhône) et toutes Pharmacies.

L'APIOL DES Drs JORET & HOMOLLE régularise les ÉPOQUES.

Société Française de Produits Pharmaceutiques

PRODUITS CHIMIQUES PURS — PRODUITS PHARMACEUTIQUES SCRUPULEUSEMENT PRÉPARÉS

ADRIAN & Cie

9 et 11, rue de la Perle — PARIS — *Usine à COURBEVOIE*

SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES PRÉPARÉES DANS LES LABORATOIRES

DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES ADRIAN & Cie.

Anémie, Chlorose, Épuisement

AFFAIBLISSEMENT GÉNÉRAL

Hémoglobine Soluble

de V. DESCHIENS

PRINCIPE FERRUGINEUX NATUREL, RÉPARATEUR DES GLOBULES DU SANG

SIROP — ÉLIXIR — VIN — DRAGÉES

ALIMENTATION des MALADES et des CONVALESCENTS par les

POUDRE de BIFTECK

ET

Poudre de Viande Adrian

les seules bien digérées et supportées longtemps par les malades.

Tuberculose Pulmonaire

PLEURÉSIE D'ORIGINE TUBERCULEUSE

Bronchites aiguës et chroniques

Dilatation des bronches, Bronchorrée.

GAIACOL IODOFORMÉ SÉRAFON

et Gaiacol-Eucalyptol iodoformé Sérafon

EN CAPSULES : pour l'usage interne.

EN SOLUTIONS : pour injections hypodermiques.

AFFECTIONS du CŒUR et de la RESPIRATION

VIN CARDIAQUE DU Dr SAISON

Spartéine, Convallamarine et Iodure de Potassium

DOSES : ADULTES : 2 cuillerées à soupe matin et soir. ENFANTS : 2 cuillerées à cafe matin et soir.

DYSPEPSIES ATONIQUES

Coliques Hépatiques ET Néphrétiques

QUASSINE ADRIAN

EXCITE l'APPÉTIT et DÉVELOPPE les FORCES.

DRAGÉES : dosées à 25 mgr Quassine amorphe.

GRANULES : dosés à 2 mgr Quassine cristallisée.

VÉSICATOIRE LIQUIDE BIDET

Employé dans les Hôpitaux

PROPRETÉ, EFFET CERTAIN

APPLICATION FACILE

Pas d'Accidents cantharidiens

SULFURINE du Dr LANGLEBERT

pour BAIN SULFUREUX SANS ODEUR

Le bain de **SULFURINE** possède exactement les propriétés thérapeutiques du bain sulfureux ordinaire dit de *barèges,* avec cet avantage que, sans odeur, il peut être pris CHEZ SOI et dans toutes especes de baignoires, sans crainte d'alterer métaux et peintures.

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES et GÉNITO-URINAIRES

Le Terpinol Adrian

a les propriétés de l'essence de térébenthine, dont il dérive, mais il est plus facilement absorbé et surtout très bien toléré.

Se vend en CAPSULES *de 15 centigrammes, à prendre à la dose de 4 à 8 par jour.*

PILULES et ÉLIXIR de TERPINE ADRIAN

BROMURE D'ÉTHYLE ADRIAN

Specialement préparé pour pratiquer les accouchements sans douleur

SE VEND EN FLACONS DE 30 GRAMMES FERMÉS A LA LAMPE

(Modèle du chloroforme)

COLIQUES HÉPATIQUES

COLIQUES NÉPHRÉTIQUES

COLIQUES UTÉRINES

Capsules Bruel

D'Ether amyl-valérianique

Spécifique des maladies nerveuses en général. Le plus puissant et le plus inoffensif des calmants et antispasmodiques.

Dans les laboratoires pour les essais, comme en ville pour les opérations,

Le CHLOROFORME ADRIAN

Spécialement préparé pour l'anesthésie

est toujours préféré. Pour en garantir la conservation indéfinie, il est enfermé dans des tubes scellés à la lampe.

Le CONVALLARIA MAÏALIS

LANGLEBERT

en Sirop et Pilules

offre cet immense avantage sur tous les autres médicaments cardiaques, qu'une élimination rapide permet d'en continuer l'usage sans crainte aucune d'intoxication.